

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

639

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Guy-Jean LESÈNE

Né le 10 Mai 1907, à St-MALO (Ile-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INSTABILITÉ THERMIQUE
EN DEHORS DES INFECTIONS

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Guy-Jean LESÈNE

Né le 10 Mai 1907, à St-MALO (Ile-et-Vilaine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INSTABILITÉ THERMIQUE
EN DEHORS DES INFECTIONS

Président : M. CLAUDE, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

Doyen

G ROUSSY.

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Clinique médicale	Marcel LABBE.
	LEREBoullet
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N.
	OMBREDANNE
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE
	MOCQUOT
Professeurs sans chaire	

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	RAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	BOUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	BOUDNAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	DALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.)... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT.
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 FORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI
 ALAJOUANINE .
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER .
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

FREY Stomatologie.
 CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE ET A MA MERE

*Vous vous êtes pour moi imposés de
lourds sacrifices, votre exemple sera
mon meilleur guide dans la vie.*

*Vous dédier ce travail qui marque
une étape importante de mon existence
n'est qu'un très faible témoignage de ma
profonde affection et de ma reconnais-
sance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur H. CLAUDE
Professeur de Clinique des maladies mentales
et des maladies de l'encéphale
Officier de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

A mon Maître le Professeur A. LAMACHE
Ancien Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris

*Il m'a donné le sujet de cette thèse et
guidé de ses conseils. Je le remercie
d'avoir mis sa science et son expérience
à ma disposition.*

*Qu'il trouve ici l'expression bien sin-
cère de ma profonde gratitude.*

A Monsieur le Professeur LE MONIET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

A Monsieur le Professeur LE DAMANY

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

A Monsieur le Professeur HARDOUIN

Médecin-Accoucheur de l'Hôtel-Dieu

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Chez qui j'ai été successivement externe.

Témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

INTRODUCTION

La notion de l'instabilité thermique est relativement récente, pendant longtemps l'hyperthermie a retenu seule l'attention des cliniciens. La cause la plus fréquemment invoquée par ce déséquilibre nerveux a été l'infection, et de très nombreux travaux ont été publiés sur cette question. La tuberculose notamment a été mise à contribution et pour beaucoup de médecins, instabilité thermique équivaut à tuberculisation, à *tuberculose fruste*. L'infection intestinale est une autre cause fréquente de ce déséquilibre thermique et après la tuberculose le médecin pense souvent en présence d'un fébricule, à la colibacillose.

Bien d'autres causes infectieuses ont été invoquées comme point de départ de l'instabilité thermique. Dans le présent travail nous laisserons de côté tous les déséquilibres thermiques d'origine infectieuse. Nous ne nous intéresserons qu'à l'instabilité thermique survenant chez des sujets apparemment bien portants, indemnes de toute infection décelable, ou à troubles cliniques très discrets chez qui le déséquilibre thermique est pour ainsi dire mono-symptomatique. Après un court rappel de notions classiques sur la température chez le sujet normal, et avec les varia-

tions physiologiques, nous ferons un bref historique de l'instabilité thermique. Nous rapporterons plusieurs observations et essaierons de dégager quelques notions étiologiques et pathogéniques ; et enfin terminerons par un aperçu thérapeutique.

Les observations rapportées dans ce travail nous ont été fournies, ou ont été recueillies en collaboration avec notre Maître le Docteur Lamache.

RAPPEL DE QUELQUES NOTIONS CONCERNANT LA TEMPERATURE DU SUJET BIEN PORTANT

Un peu trop schématiquement, le nombre des médecins et surtout des malades croient au dogme d'une température stable, n'évoluant que dans des limites très étroites, et produisant toujours le même rythme. Rien n'est plus faux. La température du sujet normal si elle obéit à certaines règles, et ne présente pas d'oscillations désordonnées, est loin d'être figurée par un graphique donnant une ligne presque droite avec des dénivellations de 3 à 4 dixièmes de degré au maximum. Une courbe thermique prise de deux heures en deux heures, pendant 24 heures, établie avec des données, enregistrée après les divers incidents de la journée, a une allure assez capricieuse, avec des dénivellations qui peuvent être de plusieurs dixièmes de degré voire même du degré et plus, et cela en dehors de toute cause pathologique nettement décelable. Ces variations sont des variations qui appartiennent à l'espèce et n'ont aucun caractère individuel, elles sont déterminées par des facteurs généraux ; les uns nous sont connus : sexe, âge, climat, rythme nycthémeral,

influence du travail, influence de l'alimentation. Certaines excitations psychiques. D'autres nous échappent. Bezançon, dans un article des *Annales de Médecine* intitulé : « La température normale du corps humain », a bien résumé cette notion. Nous rappellerons rapidement les notions classiques sur ces variations de température chez le sujet normal.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La température n'est pas la même *le jour que la nuit*. Normalement du matin au soir, la température normale du corps humain (Bezançon) passe de $36^{\circ}6$ à $37^{\circ}2$ et $37^{\circ}4$, entre 2 et 6 heures, et pendant le nyctémère, elle est également sujette à variabilité.

Liebermeister admet entre les températures maxima et minima un écart de $9/10^{\text{es}}$. Richet admet 1 degré et Arthus nous donne : 0 heure, $37^{\circ}1$; 4 heures, $36^{\circ}5$; 6 heures du matin, $36^{\circ}8$; midi, $37^{\circ}3$; 4 heures du soir, $37^{\circ}5$; 8 heures du soir, $37^{\circ}4$.

Les minimum seraient à 2 heures du matin et midi pour Bertrand.

Variations différentes chez les sujets jeunes et chez les sujets âgés.

La température rectale du nouveau-né à sa naissance est de $37^{\circ}7$ puis tombe à 37° - $37^{\circ}2$. Dans les quatre, cinq premiers mois de la vie il va être monotherme. Monothermie qui, d'après Weill, serait spéciale aux enfants nourris au sein, nourris au biberon, ils seraient en équilibre instable, mais plus l'alimentation sera réglée plus l'enfant perdra cette sensibilité. Toute son activité ne réside-t-elle pas dans ses digestions qui sont identiques et régulières ?

Mais dès qu'il va essayer de s'asseoir, qu'il va s'agiter, qu'il va faire ses premiers pas, il va devenir un instable, instabilité se traduisant par 4 à 6 dixièmes de degré.

Notion d'hyperthermie de mouvement passagère qui, chez l'enfant, après une course, une marche prolongée, se traduira par une élévation allant de quelques dixièmes à un degré et plus. Nobécourt et Merklen ont trouvé après une récréation aux Enfants Assistés des températures de 38°-38°5; Delille a remarqué des poussées vespérales survenant chez des enfants sains pendant plusieurs mois et parfois plusieurs années.

Il peut donc exister un dérèglement thermique en dehors de toute tuberculose et de toute infection sérieuse. Chez l'adulte, l'intensité de l'effort, la vivacité du mouvement sont des facteurs de grande importance.

Küss note une élévation de 1°5 après une course à pied de 75 minutes en montagne, de 2° après une course de 12 km. en bicyclette.

Chez les individus sains, cette élévation n'augmente que légèrement si la marche se prolonge à allure modérée, 37°9-38° (réaction de promenade de Nobécourt). Au bout de vingt minutes de repos elle est à 37°6. En une heure elle doit être revenue à la normale. *Dans les cas contraires cette instabilité serait et devrait être considérée comme pathologique.*

Toulouse et Pierron ont remarqué le rôle primordial de l'activité sur la température. Ils ont noté que

le maximum thermique dans les services de veille a lieu le matin plutôt qu'au milieu de la nuit. Or, c'est précisément à ce moment que les veilleuses ont davantage à s'occuper de leurs malades. Il y a une inversion de rythme de la température, et si l'on considère de 6 à 9 heures, la période où se manifeste le maximum thermique, dans les villes il est probable que les gens travaillant en soirée font leur maxima vers 11 heures ou minuit.

Ce sont donc les modalités de l'activité qui règlent la dénivellation thermique, l'écart entre la maxima et la minima. Ecart d'autant plus grand que l'activité et l'effort sont momentanément plus intenses et le repos par contraste plus profond, en particulier dans le sommeil qui se traduit par une chute thermique assez notable.

Variations suivant le sexe. — Influence de l'instabilité thermique menstruelle et prémenstruelle, que nous verrons au cours de l'étude sur le rôle des glandes à sécrétions internes.

Influence de la température ambiante. — L'organisme ne réagit pas de la même façon l'hiver que l'été. Maurel note chez l'européen vivant dans les pays chauds une instabilité se traduisant par 5 à 8 dixièmes. Pfeiffer et Jansem n'ont pas vu de variations.

L'influence de l'alimentation sur la température du jeune enfant a été bien mise en évidence. Le Docteur Michaux et notre Maître le Docteur Lamache, prenant la température d'enfants de quart d'heure en quart d'heure après chaque repas, notaient des variations

thermiques dépassant parfois un degré. Les conclusions de ce travail étaient les suivantes :

La température semble nettement augmenter chez tous les nourrissons après alimentation suffisante. Les différences de température sont habituellement plus accentuées chez le nourrisson que chez l'enfant plus âgé, et plus nettes après l'alimentation lactée qu'après l'ingestion de bouillies.

En ce qui concerne l'influence des excitations psychiques, Porak note une élévation thermique de près de un degré après le coït.

De cet exposé il ressort qu'un sujet, sans tare pathologique mais menant une existence normale, peut, du simple fait du libre jeu de ses fonctions psychiques, motrices, ou digestives, présenter une courbe thermique à clochers, à dénivellations de l'ordre d'un degré. Clochers à évolution rapide, véritables flambées thermiques aussitôt éteintes. Avec le Docteur Lama-che, nous avons, chez des sujets hospitalisés pour des affections chroniques non infectieuses indemnes de troubles endocriniens, pris la température toutes les quatre heures par voie rectale.

2 heures du matin, 6 heures, 10 heures, 14 heures, 18 heures après repas, 22 heures.

Les résultats suivants ont été obtenus :

Variation de un dixième de degré chez un sujet de 52 ans, deux dixièmes chez un de 45, un dixième chez un de 61 ans et cinq dixièmes chez un de 38, entre chaque prise.

LA NOTION D'INSTABILITÉ THERMIQUE

Historique

Nous venons de voir que la courbe de température du sujet normal présente des oscillations, d'importance modérée il est vrai, mais cependant comprises entre quelques dixièmes de degré et un degré. Dans certains cas ces oscillations amorties présentent une amplitude plus grande, et il est des malades qui, soit au repos complet, soit en menant leur vie avec activité normale, présentent une irrégularité de la courbe thermique marquée. Nous considérerons comme instables thermiques les individus présentant d'une façon habituelle pendant une période portant sur plusieurs semaines, une oscillation d'un degré ou plus, entre la température du matin et la température du soir.

L'origine infectieuse de cet état a été tout d'abord admise et de nombreux travaux ont paru sur cette question : « Rapport de la tuberculose et de l'instabilité thermique », etc..., la fièvre de tuberculisation de Jaccoud revêt bien chez les jeunes le type de l'instabilité thermique et de nombreux auteurs ont spécialement attiré l'attention sur la fièvre pré-menstruelle

qui devrait inciter à rechercher une tuberculose latente.

Des travaux récents ont fait sortir l'instabilité thermique du domaine purement infectieux où l'on semblait vouloir la localiser.

La fatigue, le surmenage à lui seul peut amener chez certains sujets un déséquilibre thermique avec instabilité de la courbe. C'est ainsi que Obertin et Gilbert ont noté des températures de 38° le soir chez des soldats en dehors de toute infection. Merklen a observé que chez certains soldats les feuilles de température montrent des oscillations au-dessus et au-dessous de la normale avec des crochets successifs et irrégulièrement disposés. Chez l'enfant, les poussées thermiques sous l'influence de la fatigue sont particulièrement marquées et les publications de Deliile, d'Aram et Renaud montrent que certains enfants sains ont des poussées vespérales pendant plusieurs mois et même plusieurs années.

A côté du surmenage, beaucoup d'autres facteurs peuvent être cause d'instabilité :

Certaines conditions climatologiques provoquent un déséquilibre thermique et à la mer beaucoup de sujets présentent en dehors de toute infection une courbe thermique désordonnée. L'alimentation peut agir à la façon d'un choc protéinique (Bezançon et Weill). Des émotions répétées subintrantes peuvent dérégler une courbe thermique. Mais ces diverses causes ne peuvent agir que si elles trouvent un terrain spécial.

Ce terrain spécial est tout d'abord réalisé par les altérations de *certaines glandes endocrines*.

La thyroïde joue un rôle essentiel dans la thermogénèse. Ascher et Reckle l'ont montré. Trousseau, dès 1862, attire l'attention sur un cas de déséquilibre thermique en rapport avec l'évolution ultérieure d'un basedow classique. Richard récemment a rapporté 3 ou 4 observations de déséquilibres thermiques chez des basedowiens frustes, déséquilibres particulièrement marqués à l'approche des règles ; la température du soir pouvant aller dans un cas jusqu'à 38°2. Il rapporte une observation où le traitement du goitre par la radiothérapie ramena la température à l'état normal. Léopold Lévi cite trois cas d'enfants atteints de dys-thyroïdie, instables thermiques. Le traitement thyroïdien régularise la courbe thermique.

A côté de la thyroïde, *l'ovaire* semble jouer un rôle important dans la pathogénie de l'instabilité thermique. La fièvre prémenstruelle a préoccupé beaucoup d'auteurs : Bordeu, Vanderbeck, Rabuteau, Trousseau, Riebold, la grosse question soulevée est celle du rapport entre cette fièvre pré-menstruelle et la tuberculose, pour Riebold la fièvre pré-menstruelle revêt des lésions plus ou moins latentes, on ne la voit pas dans l'organisme bien portant. Mme Hovelacque dans sa thèse (Paris, 1920) rapporte une observation particulièrement suggestive. Il s'agit d'un homme présentant une hyperthermie pré-menstruelle. Cette malade *a été suivie 8 ans* et n'a jamais présenté de signes d'im-

prégnation tuberculeuse, mais, par contre, des signes de déséquilibre sympathique avec dysthyroïdie.

A côté des troubles endocriniens, il faut faire jouer un rôle, semble-t-il, dans la pathogénie de l'instabilité thermique au système nerveux, soit fragilité spéciale du centre thermique (région infundibulo-tubérienne) à la suite d'infection, soit atteinte directe du diencephale par un processus humoral (Vincent), soit déséquilibre neuro-végétatif.

Remlinger relate cinq observations d'instabilité thermique pouvant être décrites dans le même cadre.

Le caractère particulier de cette fièvre est d'apparaître comme elle disparaît, c'est-à-dire insidieusement.

Ce sont des personnes aisées habituées à s'observer et au moindre malaise à prendre leur température. Elles éprouvent un jour un léger frisson et constatent que le thermomètre marque 38° - $38^{\circ}5$ - 39° — cela dure quelques heures. Les jours suivants une élévation de température est notée à nouveau, parfois aux mêmes heures, le soir de préférence ou encore après les repas, mais parfois aussi à des moments très variables de la journée, tantôt sans aucune cause, tantôt à l'occasion d'une fatigue physique ou intellectuelle, une promenade, une affaire délicate à traiter. Un médecin consulté ordonne de la quinine. Le médicament ne produit aucun effet, les ascensions thermiques continuent à se reproduire comme si rien n'était.

Tout a été envisagé, toutes les thérapeutiques ont été épuisées, aucune n'a pu être retenue. La fatigue de quelque origine qu'elle soit semble prédisposer, et

être un facteur cause de cette élévation de température. Mais ce n'est pas la règle, et il est certain que la suggestion chez ces sujets nerveux habitués à interpréter leurs plus petites réactions joue également un certain rôle.

Cette température à élévation modérée 38-38°2-38°5-39° (chiffre jamais dépassé) durant deux heures, le plus souvent moins, et les phénomènes subjectifs l'accompagnant, lassitude, bouffées de chaleur, agitation, ne seraient que les traductions d'un déséquilibre neuro-végétatif lié à un trouble du système sympathique. Les examens biologiques, sang, hémoculture, séro-diagnostic, examens d'urine, n'ont apporté aucun fait notoire susceptible de porter un diagnostic équitablement fondé. L'examen clinique parallèlement au laboratoire se révèle impuissant à déterminer la cause de cette instabilité thermique passagère.

Cawadias nous donne l'observation d'un sujet présentant une fièvre oscillant de 37°3 à 38° depuis 10 ans, matin 37°, midi 38°2, soir et nuit 37°2, avec une instabilité considérable du pouls. Il n'y a aucune infection ni tuberculose, mais là il semble encore que ces fébricules continus soient dus à des troubles du système sympathique, le sujet présentant des troubles vaso-moteurs, de la fatigabilité, mais étant avant tout un émotif.

Le psychisme, le coefficient émotif du sujet jouent incontestablement un grand rôle dans l'instabilité thermique et le nervosisme est souvent noté par les auteurs qui ont étudié cette question.

L'INSTABILITÉ THERMIQUE EN DEHORS DES INFECTIONS

Les observations que nous rapportons nous ont été procurées par notre Maître le Docteur Lamache. Avec lui nous avons pu suivre un certain nombre de malades. Pour ces malades, la température était prise régulièrement matin et soir (8 heures et 17 heures) après au moins une demi-heure de repos ; pour certains, en dehors de ces prises régulières de température, la température était notée plusieurs fois dans la journée, soit le malade au repos absolu, soit en continuant sa vie normale, soit à une heure quelconque de la journée ou de la nuit, ou examiné après un effort physique ou psychique. La température a toujours été prise par voie rectale. D'autres recherches utiles, radiographie, examen de sang, examens spécialisés ont été faits pour éliminer la nature infectieuse du processus.

12 observations sont rapportées :

Obs. 1. — Mme X..., 36 ans, 2 enfants, habite près de la mer (2 kilomètres), pas d'antécédents héréditaires ou personnels en dehors d'une grippe survenue en mai 1932, grippe vraie sans complications viscérales ;

depuis cette grippe la température est irrégulière, oscillant entre $37^{\circ}2$ - $37^{\circ}1$ le matin et 38° le soir, la marche et la station debout font monter la température à $38^{\circ}8$, l'état général est satisfaisant, l'appétit assez bon; la malade n'a pas maigri, en dehors d'une sensation de fatigue survenant à partir de 3 heures de l'après-midi, rien à signaler, aucun trouble endocrinien, aucun signe clinique et radiologique de bacilliose, tube digestif fonctionnant bien, formule sanguine normale. Ce déséquilibre thermique a duré de mai 1932 à septembre 1932. A cette époque, un séjour à 700 mètres d'altitude est conseillé. En 10 jours la température revient à la normale.

Obs. 2. — Enfant de 8 ans ; à la suite d'une rougeole sans complications, l'enfant reste fatigué avec insomnies, appétit sensiblement normal. La température prise régulièrement oscille le matin aux environs de $37^{\circ}2$ et entre 38° et $38^{\circ}3$ le soir.

L'enfant est mis au repos complet, la température reste sensiblement la même, le soir aux environs de 38° . Tous les examens cliniques et de laboratoire restent négatifs. La leucocytose et la formule leucocytaire sont normales. Après un mois de repos, l'enfant reprend une vie sensiblement normale. La température reste la même, le traitement reconstituant sans effet, la désinfection intestinale est essayée, il reste gai, ne maigrit pas, au bout de trois mois la température reprend en quelques jours (sans traitement spécial), son équilibre antérieur.

Obs. 3. — Jeune homme de 19 ans, aurait fait le 9 juillet 1934 une infection de nature indéterminée, étiquetée parathyroïde, jeune homme habituellement maigre, névropathe, insomnie habituelle, émotif constitutionnel ; de juillet 34 à décembre de la même année, la température oscille entre 36°9 le matin et 38°1 le soir. Le diagnostic, malgré l'absence de signes cliniques et radiologiques, de fièvre de tuberculisation, est porté, et le malade est envoyé au repos à la campagne — un mois de repos modifie peu la courbe thermique et se sentant peu fatigué reprend sa vie normale. Après une fatigue, une conversation animée, la température monte à 38°5, le pouls est rapide habituellement, le réflexe solaire est exagéré, les réactions vaso-motrices sont vives, les sueurs abondantes; poumons, tube digestif sont l'objet d'investigations spéciales sans résultat. En décembre 1934, état grippal avec rhino-pharyngite, température à 40°, la grippe évolue normalement et en 5 jours la température revient à son niveau normal.

Obs. 4. — Enfant de 11 ans, vient consulter le Docteur Lamache en 1931 ; cet enfant, quatrième d'une famille en excellente santé et qui compte six enfants, fait depuis août 1930, à la suite d'un épisode infectieux aigu (angine indéterminée), au cours duquel la température monta à 40° et des irrégularités de la courbe de température. A certaines prises de température on a 37°-37°6 le matin, 38°2-38°3 le soir. Ces poussées thermiques semblent être influencées par le

repos. Cependant, l'enfant, lorsqu'il est conduit au Docteur Lamache, est au repos depuis 2 mois. Etat général satisfaisant. Poids normal, appétit conservé, un peu de courbature le soir, sommeil irrégulier, pâleur, radiographie pulmonaire normale, appareil digestif et urinaire normaux, formule blanche normale, formule rouge : légère anémie avec diminution de l'hémoglobine, cuti-réaction normale.

Le Docteur Lamache conseille à la famille, devant tous ces examens négatifs, de redonner à l'enfant une activité modérée avec leçon l'après-midi. Cette reprise d'activité modérée ne modifie pas la courbe de température et, à l'heure actuelle, la température oscille entre 37°3 et 37°9, le traitement anti-thermique n'a qu'une action éphémère et inconstante sur la courbe de température.

Obs. 5. — Femme de 33 ans, 2 enfants, émotive, a fait une crise dépressive à 18 ans ; depuis un dernier accouchement (1933) est très nerveuse, instable, sans sommeil, maigrit, poids 46 kg., taille 1 m. 60, se plaint de palpitations, oscillations vaso-motrices, sueurs ; 8 mois après l'accouchement, température encore à 37°8-37°9 le soir, même en observant la sieste de 2 heures l'après-midi, un séjour à la campagne n'a pas modifié l'état thermique.

A l'examen, signe de Basedow fruste, tachycardie, aucun élément infectieux ne peut être mis en évidence. Signes de la série sympathicotonique, règles peu abondantes mais régulières. Institution du traitement : hé-

matoéthyroïdine et iode à doses prudentes mais continues; en 2 mois, amélioration des signes de Basedow, reprise de poids, 55 kg.; réduction de la tachycardie, retour de la courbe thermique aux environs de 37°, toutefois la température reste encore un peu instable et un repas copieux, une émotion, une fatigue physique la fait monter à 38°.

Obs. 6. — Femme de 35 ans, présente des signes nets de dysthyroïdie, présente alternativement des phases d'hyperthyroïdie et d'hypothyroïdie ; chaque phase dure environ de huit à dix semaines, l'inversion du rythme se fait en quelques jours; phase d'hypothyroïdie : engraisse, dort, est calme, pouls 76, règles régulières, normales, température oscillant entre 36°5 et 37°. Phase d'hyperthyroïdie : maigrit, pouls 96 à 100, instable, ne dort pas, tremble, règles peu abondantes et irrégulières, la température oscillant entre 37°3 et 37°9, d'une façon habituelle; à certains jours où la malade est particulièrement énervée, elle monte à 38°5; la tuberculose peut être absolument éliminée. Cette malade est suivie depuis 2 ans par le Docteur Lamache, le rythme est toujours le même.

Obs. 7. — Jeune fille de 16 ans, hérédité névropathique, mère cyclothymique, père alcoolique, règles à 15 ans, peu abondantes et irrégulières, psychasthénique légère, tendance aux obsessions, scrupules, maigrit, pouls instable, tantôt rapide, tantôt lent. R. O. C. 80-56, réflexes pilo-moteurs vifs, réactions vaso-motri-

ces marquées, alternative de rougeur et de pâleur du visage, pas de signes nets d'hyperthyroïdisme. Aucun signe de tuberculose. Les troubles de la série sympathique s'aggravent par périodes. A ce moment: insomnie, fatigue, sueurs, instabilité; ces périodes durent quelques semaines. Pendant ce temps, la température vespérale est élevée, 38° à $38^{\circ}2$ le soir, à la suite d'une marche de 7 km. $38^{\circ}6$, le repos absolu ramène la température vespérale à $36^{\circ}6$ en moyenne. Le gardénal à doses répétées a la même action; pendant les périodes intercalaires de calme relatif, courbe de température normale.

Obs. 8. — Homme de 37 ans, charron, petit éthylique; le 26 juin 1933, chute de bicyclette, perte de connaissance; commotion nerveuse assez nette. Depuis cette époque présente les signes subjectifs des commotionnés du crâne, vertiges, céphalées, fatigabilité, instabilité, insomnie, oscillations vaso-motrices de la face rapides, pouls instable. Nous voyons le malade pour la première fois en septembre 1933, nous lui recommandons de prendre sa température régulièrement; en octobre il nous apporte une courbe montrant une température oscillant entre $37^{\circ}3$ le matin et $37^{\circ}9$ - 38° le soir. Le malade nous signale qu'il ne s'est jamais aperçu avoir de la fièvre, il n'est pas plus fatigué le soir que le matin. Deux mois plus tard, ce malade nous est revenu. La température est la même. Un traitement sédatif est institué, gardénal à doses réfractées, cratégus, traitement tonique au phosphore.

L'état subjectif s'améliore. La température s'établit aux environs de 37° le matin et 37°5 le soir.

Obs. 9. — Homme de 26 ans, peintre, chute en avril 1934 d'un échafaudage. Fracture de jambe. Commotion crânienne sans fracture. Pas d'antécédents infectieux ou toxiques. Le 21 juillet 1934 présente au complet le syndrome subjectif des traumatismes crâniens, vertiges très intenses et persistants, troubles vaso-moteurs, céphalées. Une P. L. montre un liquide céphalo-rachidien normal. Mais au manomètre de Claude, véritable déséquilibre tensionnel, oscillations de l'aiguille qui passe spontanément de 15 à 30, pour revenir à 20 et remonter à 25. Pouls instable. Pupille en mydriase, nous demandons au malade que n'attire pas l'attention sur ce point, de prendre sa température matin et soir pendant 21 jours. Celle-ci oscille entre 36°6 le matin et 38° le soir, le malade a remarqué que « les jours à température » concordaient avec les jours à grands malaises, vertiges, céphalées. Ce malade nous est revenu voici un mois, les troubles subjectifs persistent, l'instabilité thermique également.

Obs. 10. — Femme de 36 ans, intelligente, mais s'observant beaucoup, tendance hypochondriaque, mari et enfants bien portants, mère morte tuberculeuse; est migraineuse les jours d'avant ses règles; sensations de fatigue, d'amaigrissement, particulièrement le soir, souvent migraines pré-menstruelles, insomnies, troubles de l'humeur. Depuis longtemps prend sa tempé-

rature avant chaque période menstruelle, les 6 jours les précédant la température monte le soir aux environs de 38° et il en est ainsi tous les soirs jusqu'au deuxième jour des règles. Deux heures après le repas de midi, la température monte parfois à $38^{\circ}2$, inquiète la malade, hantée par l'idée de la tuberculose, a consulté divers médecins. L'hypothèse de tuberculose fruste a été envisagée, la malade a été mise au repos, envoyée à petite altitude la température a persisté; lors de notre premier examen en janvier 1934, nous ne décelons aucune tare viscérale, en dehors d'une pression artérielle un peu élevée, 16,5-9 (au Vaquez); rien dans les urines, recherche de colibacillose négative. Aucun parasite dans les selles. Un traitement par extrait de corps jaune et de lobe antérieur d'hypophyse est essayé sans succès. Le traitement antithermique est sans effet. La malade continue à avoir un bon état général et viscéral, mais la température continue de s'élever avant chaque période menstruelle.

Obs. 11. — Malade de 27 ans, hérédité arthritique, père goutteux, mère asthmatique, sœur asthmatique, pas d'antécédents personnels infectieux, un enfant bien portant, coryza spasmodique, migraine, urticaire, œdème de Quinke sous l'action du froid; à chaque baisse marquée du baromètre, élévation thermique à $38^{\circ}1$ - $38^{\circ}2$ et $38^{\circ}3$. Elévation fugace durant 24 heures et même quelques heures, s'accompagnant parfois au début de migraines ou de coryza spasmodique et parfois de rougeur de la face et de sensation de fatigue.

Troubles glandulaires, règles irrégulières, abondances variables, dérèglement neuro-végétatif. Traitement par la peptone et le sédatif reste sans effet, traitement ovarien avec auto-hémothérapie améliore les manifestations paroxystiques et les espace.

Obs. 12. — Homme de 46 ans, très vigoureux, rentre des colonies, a fait du paludisme, dystonie neuro-végétative, petit hépatique, avec digestions faciles, a fait quelques excès éthyliques, a eu la syphilis il y a dix ans, a suivi un traitement, aucun signe clinique, néanmoins nous pratiquons une P. L. qui montre une T. L. C. R. 19 — couché; 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sont retirés, à la suite de la P. L. accidents, céphalées, vomissements, pouls rapide, température entre 37°5 et 38°. Aucun signe de réaction méningée, les vomissements disparaissent en trois jours, les céphalées en huit jours, la température reste oscillante (le soir 38° à 38°2, le matin 37°2) pendant trois semaines. Le malade n'accuse plus aucun malaise, le malade ayant présenté à la suite de la P. L. des troubles vaso-moteurs marqués avec sympaticotonie. Un traitement au tartrate d'ergotamine avait été institué.

Voici donc douze observations, où le fait dominant est une irrégularité de la courbe thermique, la température matinale est généralement supérieure à 37° et la température vespérale supérieure à 38°. Cette

irrégularité thermique est durable, se prolonge des semaines et des mois. Dans deux cas seulement elle est épisodique, ou rythmée très régulièrement par l'approche des règles (observation 10) ou d'apparition très éphémère déclenchée à chaque fois par la même cause : dépression barométrique. Cette instabilité thermique s'accroît sous l'influence d'émotions, de fatigue psychique, de fatigue physique.

Cette instabilité thermique est souvent peu influencée par le repos absolu, l'enfant de l'observation 4, à qui aurait été prescrit sans résultat un repos absolu de deux mois, put reprendre une occupation modérée, sans que la courbe de température fut fâcheusement impressionnée.

Les antithermiques n'ont qu'une action très fugace et ne modifient pas l'évolution de la température. Cette instabilité thermique, dans tous les cas rapportés, n'a aucun lien avec une infection quelconque : pulmonaire, rhino-pharyngée, intestinale.

Les examens radiologiques, les examens spécialisés, les examens urinaires, l'examen du sang ont été faits dans tous les cas et la cause infectieuse a été éliminée entièrement. Cette instabilité thermique vespérale relativement élevée ne s'accompagne d'aucun des signes généraux habituels à la fièvre.

L'état général est bon, l'appétit est conservé, l'anémie est rare, tout au plus notons-nous une sensation de fatigue dans la soirée, à l'heure où la fièvre remonte, le pouls peut être rapide, les vertiges peuvent apparaître, l'insomnie est signalée. Symptômes, ils nous

paraissent relever surtout de manifestations du déséquilibre neuro-végétatif non liés à la fièvre mais ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant, la conditionnant plutôt. Parfois leur symptomatologie en dehors de l'indication thermométrique est muette. L'évolution de l'instabilité thermique est favorable, elle n'est le prodrome d'aucun cataclysme et elle persiste sans rétentissement sur l'état général, où elle cède, disparaissant d'une façon assez capricieuse, soit spontanément, soit aidée par une thérapeutique pathogénique.

ESSAI ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Tenter de résoudre le problème pathogénique et étiologique de l'instabilité thermique, c'est s'attaquer au problème si peu connu de la thermogenèse. Notre ambition ne va pas jusque-là. Nous voulons seulement proposer une interprétation plausible des faits que nous avons rapportés. Mais il nous faut auparavant rappeler quelques notions qui paraissent bien établies actuellement sur la thermogenèse. Le système nerveux central, ainsi que l'exposait André Thomas dans un article récent de la *Revue de Neurologie*, détient une part importante dans le maintien de l'équilibre thermique et il semble que les centres infundibulo-tubériens jouent un rôle essentiel. Claude et Lhermitte ont signalé depuis longtemps les troubles thermiques du syndrome infundibulo-tubérien. Roussy et Lhermitte insistent sur ce fait que dans les affections infundibulo-tubériennes : instabilité hypnique, psychique et thermique vont de pair. A côté du système nerveux central le système neuro-végétatif joue un rôle dans l'équilibre thermique et beaucoup d'auteurs considèrent l'instabilité thermique comme faisant partie du syndrome sympathique. Enfin, une place à part dans le mécanisme thermo-régulateur doit être faite

aux glandes endocrines, soit que celles-ci agissent directement par leurs sécrétions sur le métabolisme cellulaire, soit qu'elles agissent en réglant l'activité du système neuro-végétatif. *La thyroïde* joue le rôle le plus important ; depuis longtemps l'hypothermie du myxœdémateux est connue et depuis Charcot le déséquilibre de la thermogenèse avec poussée fébrile a été bien mis en évidence au cours de la maladie de Basedow. *La surrénale* est avec la thyroïde la glande thermorégulatrice par excellence, et l'animal privé de surrénal est hypothermique (maladie d'Addison). Enfin il ne faut pas négliger le rôle du *foie*, de l'*hypophyse*, de l'*ovaire*, du *pancréas*, et l'instabilité thermique à l'occasion de la menstruation est connue depuis longtemps.

A la lumière de ces notions, est-il possible d'expliquer les instabilités thermiques que nous avons rapportées ? Il nous paraît qu'au point de vue pathogénique elles peuvent être réparties en 3 groupes.

Dans le premier groupe figurent les observations 1, 2, 3, 4. Malades à système nerveux neuro-végétatif normal sans troubles endocriniens, une pyrexie banale a été le point de départ de l'instabilité thermique. L'explication plausible nous paraît être la suivante : fragilisation par les infections, dérégularisation des centres nerveux de la thermogenèse. Une maladie infectieuse peut avoir pour conséquence un dérèglement temporaire de l'appareil de l'auto-régulation thermique et le rendre plus influençable. Mais l'infection n'a

pas seule le privilège de perturber le centre de la thermogénèse. Ce centre peut être altéré dans son fonctionnement par les troubles vasculaires encéphaliques qui surviennent après une ponction lombaire à suite orageuse (observations 3, 12) et enfin une commotion crânienne en même temps qu'elle perturbe la vasomotricité cérébrale (syndrome subjectif des commotionnés du crâne) peut sensibiliser et dérégler le centre thermique d'une façon durable (observations 8, 9).

Le second groupe comporte des observations concernant des instabilités thermiques survenant chez des sujets présentant des troubles glandulaires. Il s'agit de malades jeunes présentant un basedow fruste avec syndrome sympathique riche ou des troubles ovariens discrets. Aucun trouble viscéral ne traduit cette instabilité thermique, révélation du thermomètre chez des femmes ayant le loisir et la tendance à s'observer. Par contre, ces malades accusent un ensemble de malaises impressionnants, palpitations, rougeur subite du visage, insomnie, caractère instable, crises diarrhéiques subites, asthénie, amaigrissement malgré un appétit conservé, sous la dépendance de l'hyperfonctionnement thyroïdien. Les instabilités thermiques de ce groupe sont particulièrement tenaces, durant plusieurs mois, souvent plusieurs années, continues, ou épisodiques à l'occasion de chaque période menstruelle (cas de Mme Hovelacque). Et cette instabilité thermique est la conséquence directe des troubles glandulaires, elle évolue parallèlement aux autres signes glandu-

lares, apparaît avec eux, s'améliore avec eux, disparaissant avec eux. C'est ainsi que dans l'observation 5 le traitement du basedow amène une sédation et de l'instabilité thermique et des autres signes d'hyperthyroïdie. L'instabilité thermique apparaît alors comme un signe d'hyperthyroïdie.

Le troisième groupe se rapporte au cas de malades ayant un dérèglement neuro-végétatif parfois, et une instabilité thermique. Le dérèglement neuro-végétatif se produit objectivement par le réflexe oculo-cardiaque ou solaire marqué; un réflexe pilo-moteur vif, et cliniquement par une symptomatologie d'une richesse extrême : cœur instable tantôt rapide, tantôt ralenti, changement de couleur du visage subit, érythème pudique, sueurs abondantes, insomnie. Ces malades, au point de vue psychique, sont en général des émotifs, à fatigabilité psychique rapide, inquiets, à humeur changeante. Il s'agit dans ce cas, suivant l'expression de Cawadias, d'une véritable « crise sympathique ». Le centre thermo-régulateur est dérégulé comme le centre vaso-moteur, le centre du métabolisme des graisses, le centre métabolisme de l'eau (il a été signalé dans des cas d'association d'instabilité thermique et de diabète insipide) et ce n'est pas pour nous surprendre étant donné le voisinage de tous ces centres végétatifs au niveau du diencéphale.

A la réflexion il apparaît que l'instabilité thermique d'origine endocrinienne ou neuro-végétative soit proche parent ! En effet, dérèglement neuro-végéta-

tif et troubles endocriniens forment un couple adroitement uni et à y regarder de près les observations d'hyperthyroïdie avec dérèglements thermiques sont tous des cas de Basedow, où le syndrome sympathique était particulièrement marqué. En somme, il n'existe pas de démarcation nette entre instabilité thermique d'origine endocrinienne et d'origine neuro-végétative. Chez tous ces malades à instabilité thermique habituelle, à poussées thermiques vespérales, le centre thermique prend, suivant une expression populaire, « l'habitude de la fièvre ». Un incident minime survient et immédiatement le thermomètre s'agite et repart pour une ascension thermique de quelques dixièmes de degré et plus; une marche prolongée, un repas copieux, une émotion subite, sont suffisants pour amener de notables dénivellations thermométriques; bien plus, le centre thermique peut devenir sensibilisé à des influences auxquelles il échappe habituellement d'une façon totale; particulièrement intéressante est l'observation 11, où nous voyons une ascension thermique notable, survenant brusquement à chaque dépression barométrique. Cette malade à déséquilibre colloïdoclasique faisait de la migraine, de l'urticaire, du coryza spasmodique; une comparaison pourrait être établie entre la sensibilisation de son centre thermique aux variations barométriques, et la sensibilisation de son foie à certaines albumines, de ses muqueuses nasales à certaines poussières et au pollen.

Deux facteurs nous paraissent jouer un rôle prédisposant: le facteur sexe et le facteur âge, presque

toutes nos observations ont trait à des femmes, toutes concernant des sujets jeunes, enfants, adolescents, ou adultes. Chez le vieillard toutes les oscillations thermiques sont émoussées. L'instabilité thermique, apapage des jeunes, fréquente dans le sexe féminin, n'est pas pour nous surprendre.

En effet, l'excitabilité du système nerveux végétatif a son maximum chez les jeunes ; elle est plus particulièrement notable chez la femme ; d'autre part, le fonctionnement des glandes endocrines atteint son maximum chez l'enfant et l'adolescent, et chez la femme l'activité endocrinienne jusqu'à la période de la ménopause est constante, si bien que la prédisposition à l'instabilité thermique de l'individu jeune et du sexe féminin se réduit à une question d'excitabilité spéciale neuro-végétative et d'activité marquée endocrinienne.

En résumé, nous dirons que l'instabilité thermique non infectieuse est fonction :

1° D'un dérèglement du centre thermique (région infundibulo-tubérienne) sous une influence infectieuse passagère ou un traumatisme cranien.

2° D'une instabilité neuro-végétative.

3° D'un dysfonctionnement endocrinien particulièrement thyroïdien ou ovarien. Cette instabilité thermique peut être ou spontanée apparaissant sans cause décelable, ou provoquée par des incidents habituellement sans répercussion notable sur la thermogénèse,

fatigue, alimentation, émotion, variation barométrique.

Deux conditions prédisposent à l'instabilité thermique, le sexe et l'âge ; elle est particulièrement fréquente chez la femme et les individus jeunes ; ajoutons que la constitution émotive, le terrain névropathique paraissent être un terrain favorable au dérèglement du centre thermo-régulateur.

TRAITEMENT

Les quelques considérations pathogéniques que nous venons de développer permettent d'instituer un traitement de l'instabilité thermique d'origine non infectieuse.

Disons tout d'abord que la médication antithermique paraît sans action, dans les deux cas où nous l'avons utilisée, elle a été totalement inopérante.

Théoriquement, en se basant sur des données pathogéniques, deux ordres de traitement seraient à recommander : un traitement de la dystonie neuro-végétative et un traitement régularisant l'activité de deux glandes endocrines. Ces deux modes de traitement nous les avons utilisés et ils nous ont donné des résultats inégaux mais appréciables. Certains malades (observations 7, 4, 8, 12) présentaient en même temps que leur instabilité thermique des troubles du système neuro-végétatif, ont été très améliorés tant au point de vue de leur dystonie neuro-végétative, que de leur instabilité thermique, par de petites doses de gardénal de crategus, de tartrate d'ergotamine, médication du sympathique. L'amélioration a été parallèle. Une malade (observations 4-5) atteinte de basedow fruste traitée par l'iode et l'hématoéthyoïdine

est redevenue normale. Il existe donc des cas où l'instabilité thermique peut être réduite par des médications très différentes, médications anti-infectieuses ou antithermiques habituelles.

Comme médications générales, le repos a une action très inégale. Dans certains cas, il paraît régulariser la courbe de température, dans d'autres (observation 4), il ne donne aucun résultat, et deux mois de repos absolu n'apportent aucune amélioration. Le changement de climat peut avoir une répercussion heureuse, mais inconstante. La malade (objet de l'observation 2), déséquilibrée thermique de mai à septembre 1932, à la suite de grippe, voit sa température redevenir normale, après dix jours de séjour à petite altitude, la malade habitant auparavant le voisinage de la mer (2 km.).

Au point de vue thérapeutique, deux observations nous paraissent dignes d'attention (l'observation 11, l'observation 3), la première observation a trait à la complexité d'un déséquilibre thermique, sous l'influence météorologique, évolue de pair avec migraine, urticaire, coryza spasmodique, affections en rapport avec une diathèse colloïdoclasique. Une médication anti-choc (peptone) est sans effet. On a recourt alors à l'autohémothérapie et l'amélioration survient. La seconde observation (4-3) expose le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'un état infectieux mal déterminé, fait pendant 4 mois 38° le soir; aucun traitement d'appliqué. Seule une grippe tardive avec grosse

hyperthermie. En quelques jours, retour de la température à la normale.

Il nous paraît que dans ce cas l'hyperthermie grip-pale a agi à la façon d'un choc libérateur comme l'ab-cès de fixation dans l'asthme prolongé et nous nous demandons si certains cas de déséquilibre thermique s'amélioreraient à la suite d'infection, traduisant un déséquilibre des centres de la thermogenèse. Il se pourrait très bien, après avoir épuisé les autres méthodes, que l'on ait recours à une thérapeutique par les chocs : injection de lait par exemple.

CONCLUSIONS

I. — La température du corps humain de l'homme normal présente une certaine instabilité. Elle présente des variations qui peuvent être de 6 à 7/10^{es} de degré suivant l'heure, suivant l'état de repos, de travail, l'état digestif, suivant l'état psychique du malade (émotion).

II. — Il existe un syndrome d'instabilité thermique caractérisé par des oscillations pouvant atteindre plus d'un degré au cours de la même journée. Cette instabilité thermique peut être indépendante de toute cause infectieuse; elle ne s'accompagne pas des signes habituels de l'hyperthermie: instabilité thermique monosymptomatique n'altérant pas l'état général, et de pronostic favorable, durant plusieurs semaines ou mois, cessant parfois sans causes apparentes.

III. — Cette instabilité thermique relève:

1° D'un dérèglement d'une sensibilisation de centres nerveux thermiques diencéphalique. Sous l'influence d'une cause infectieuse passagère (grippe, rougeole), d'un traumatisme crânien (commotion cérébrale), voire même à la suite d'une ponction lombaire;

2° D'un dérèglement du système végétatif et où se

trouvent réunies: instabilité thermique, instabilité du poulx, instabilité vasomotrice, instabilité psychique ;

3° D'un trouble endocrinien, probablement thyroïdien, plus rarement ovarien ou surrénal. L'instabilité thermique se présente au cours des basedow frustes et dans certains cas est améliorée par le traitement des basedow. L'hyperthermie prémenstruelle peut être tenace et se manifeste pendant des années sans cause infectieuse;

4° Certaines influences peuvent amplifier l'instabilité thermique ou la révéler, fatigue physique, surmenage, émotion, variations barométriques. Le sexe et l'âge semblent jouer un rôle dans le déterminisme de cette instabilité.

Sexe féminin, jeunesse y prédisposent.

IV. — La thérapeutique de cette instabilité thermique se déduit des notions pathogéniques: traitements endocriniens, régulation du système neuro-végétatif, le repos est sans grande influence, la cure climatique est un adjuvant précieux, enfin une thérapeutique par le choc peut être envisagée.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BEZANÇON. — La température normale du corps humain (*Annales de Médecine*, 1924, p. 467).
- DELCOURT-BERNARD. — Accès fébrile chez l'homme. Thermogénèse (*Société Belge de Biologie*, 29 avril 1933).
- GAUTRELET. — La régulation thermique (*Annales de Médecine*, décembre 1924, p. 487).
- HUET et STUHL. — Instabilité thermique et ultraviolets (*Bulletin et Mémoire de la Société de Radiologie Médicale de France*, 19 janvier 1928).
- LYON et WALLACE. — Température moyenne des hospitalisés non fébrile (*British Med.*, 28 mai 1932).
- MAIGRE. — De la régulation thermique (Paris, 1924).
- CHANOVITCH-ARNOVLJEVITCH. — Rôle des capsules surrénales dans la thermo-régulation (*Société de Biologie*, 24 février 1928).
- PORAK. — Thermométrie appliquée à la sexologie (*Progrès médical*, 8 juillet 1933).
- REMLINGER. — Elévation thermique idiopathique (*Bull. Académie Médecine*, 1925).
- RAMAILLAC. — Réflexion sur la courbe de température (*Journal de médecine de Bordeaux*, 30 juin 1933).

TOULOUSE et PIERON. — Les irrégularités du cycle nycthéméral et inversion chez les femmes qui veillent (*Ac. des Sciences*, Paris, 1907).

— Le mécanisme de l'inversion chez l'homme du rythme nycthéméral de la température (*Journal de Physiologie et de Pathologie Générale*, Paris, 1907).

RICHARD. — Trois cas de fièvre endocrinienne (*Revue Française d'endocrinologie*, 1924, p. 335).

MORHARDT. — Constitution et fièvre (*Art Médical*, p. 127, 2 février 1932).

— La fièvre chez les cardiaques (*Clinique et Laboratoire*, 20 avril 1929).

FRUHHINSHOLZ. — La fièvre de grossesse existe-t-elle (*Paris Médical*, décembre 1931).

CAWADIAS. — Fièvre d'origine sympathique (*Annales de Médecine*, 1920, n° 6).

HOVELACQUE. — Hyperthermie pré-menstruelle (*Thèse Paris*, 1920).

BEZANÇON, WEILL et DE GENNES. — Poussées thermiques d'origine protéinique (*Presse Médicale*, 1921).

KAYSER. — Contribution à l'étude du mécanisme nerveux de la régulation thermique (*Annales de Physiologie*, 1929).

MERKLEN. — Hypothermie chez les militaires.

NOVA SANTOS. — Hyperthermie neuro-psychique, août 1931.

LAUBRY, ESMEIN. — Sur quelques anomalies de la courbe thermique dans l'instabilité cardiaque.



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



